

# 意見書

〔大阪市重度心身障がい者（児）住宅改修費給付事業【内部障がい及び難病患者等用】〕

この意見書の記入に当たっては、別紙「主治医様へお願い」を参考にしてください。

ふりがな 患者氏名		生年月日	年 月 日  歳
患者住所	大阪市 区		
難病患者等のみ 診断疾病名(※1)			発病時期 年 月
① 障がいの状況 又は 症状			
② 住宅改修を必要 とする身体の状 況及び必要とす る工事内容等			

上記の患者は、上記①の障がいの症状により、上記②の理由で住宅改修が必要である。

年 月 日 医療機関名  
医療機関所在地  
担当医師 氏名  
担当医師 連絡先 TEL ( ) -

※1 疾病名は、障害者総合支援法施行令第1条に基づき厚生労働大臣が定める特殊の疾病名を記載すること。

【注】この意見書は、医療機関において「封緘」のうえ、交付くださいますようお願いいたします。

# 主治医様へお願い

大阪市 区保健福祉センター  
連絡先( 06 - - )

大阪市では、身体障がい者（児）、知的障がい者（児）、難病患者等で介護保険法、老人福祉法等の施策の対象とならない人に、在宅における療養生活を支援するため「大阪市重度心身障がい者(児)住宅改修費給付事業」を実施しています。当該事業は、障がいのある方及び難病患者等のご希望により、手すり設置や段差解消等の小規模の住宅改修費を支給する制度です。この事業の給付を受けていただくために、障がい及び当該疾病(※2)により生じた日常生活上の障がいを軽減するために住宅改修が必要であること等医師の意見書が必要です。

つきましては、以下のことに留意して指定の意見書用紙にご記入くださいますようお願いいたします。

なお、難病患者等につきましては当該疾病(※2)が起因となり、下肢又は体幹機能障がいのある方で、かつ現状・病状から住宅改修が必要であると認められる場合に給付するものとしています。

意見書には、▼ ①欄には内部障がい又は在宅で療養が可能な程度に症状が安定している患者の当該疾病(※2)に関する現在の主要症状を記入してください。なお、難病患者等につきましては当該疾病(※2)が起因となる下肢又は体幹機能障がいの有無についても記載してください。

▼ ②欄には①に記載された内部障がい又は当該疾病(※2)により生じている日常生活上の障がいの状況と、その状況から必要とされる住宅改修の工事内容等を記載してください。

以上について、ご指示くださいますよう、お願い申し上げます。

対象者：内部障がい者または難病患者等でその障がい又は疾患が起因となり、下肢又は体幹機能障がいのある人

性能：内部障がい又は当該疾病(※2)が起因となり生じた日常生活上の障がいを軽減又は除去する用具で、設置に小規模な住宅改修を伴うもの。

※2 当該疾病は、障害者総合支援法施行令第1条に基づき厚生労働大臣が定める特殊の疾病。